



TRABALHO FINAL

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Clínica Universitária de Psiquiatria e Psicologia Médica

Perturbação Borderline – Um Caso Clínico Que Evidencia A Dificuldade De Diagnóstico Em Psiquiatria

Gonçalo Horta Botelho e Castro

JULHO'2017

TRABALHO FINAL

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Clínica Universitária de Psiquiatria e Psicologia Médica

Perturbação Borderline – Um Caso Clínico Que Evidencia A Dificuldade De Diagnóstico Em Psiquiatria

Gonçalo Horta Botelho e Castro

Orientado por:
Professor Doutor Luís Madeira

RESUMO: O presente Trabalho Final do Mestrado Integrado em Medicina, usou como meios bibliográficos, o estudo de diversos autores e a revisão de artigos relacionados com, Perturbação Borderline da Personalidade, publicados desde o ano de 1990. Tem por objectivo, expandir o conhecimento acerca da Perturbação Borderline entre profissionais de saúde, doentes, familiares de doentes e população em geral. Ao mesmo tempo visa demonstrar que o diagnóstico em Psiquiatria nem sempre é fácil, carecendo este, de toda a atenção ao mais pequeno detalhe da História de Vida do doente, por parte do médico. Em primeiro lugar apresenta-se um Caso Clínico, seguindo-se a Discussão, que incluirá a revisão teórica do tema e a discussão do diagnóstico referente à História Clínica apresentada.

PALAVRAS CHAVE: Perturbação Borderline da Personalidade, Abuso de Substâncias, Dificuldade de Diagnóstico em Psiquiatria.

ABSTRACT: The following Final Paper of the Integrated Masters in Medicine, used as bibliographical means the study of several authors and the review of articles related to Borderline Personality Disorder published since the year 1990. Its objective is to expand the knowledge about the Borderline Personality Disorder among healthcare professionals, patients, patient's relatives and the population in general. At the same time it aims to demonstrate that the Diagnosis in Psychiatry is not always easy, needing attention, to the smallest detail, of the patient's Life Story by the physician. First we present a Clinical Case, followed by the Discussion, which will include the theoretical revision of the topic and the discussion of the Diagnosis related to the Clinical Case presented.

KEYWORDS: Borderline Personality Disorder, Drug Abuse, Difficulty of Diagnosis in Psychiatry.

O TRABALHO FINAL EXPRIME A OPINIÃO DO AUTOR E NÃO DA FML

ÍNDICE

1. Introdução	4
2. Caso Clínico	5
3. Discussão	11
3.1. Revisão Teórica	11
3.2. Discussão Diagnóstica.....	17
4. Conclusão	19
5. Referências Bibliográficas	20

INTRODUÇÃO

O presente trabalho visa promover o conhecimento acerca da Perturbação Borderline da Personalidade e é seu objectivo demonstrar que o diagnóstico em Psiquiatria nem sempre é linear. Através da apresentação de um Caso Clínico em que o diagnóstico não é, de todo evidente, requerendo da parte do Psiquiatra uma enorme atenção no que toca ao mais pequeno detalhe da história de vida do doente. É, ao mesmo tempo, um alerta para todos os profissionais da área da Saúde para que não incorram no chamado “diagnóstico fácil” porque cada pessoa é, por si só, um mistério, que necessita de tempo, atenção e conhecimento técnico.

A Perturbação Borderline da Personalidade é possivelmente a Perturbação Psiquiátrica mais temível, porque dá lugar a sintomatologia alternante: – histriónica; obsessiva, antissocial e psicótica, a uma velocidade que torna inoperantes os tratamentos. Trata-se de uma patologia definida por um conjunto generalizado de instabilidade, a respeito da vivência da própria imagem, das relações interpessoais e do estado emocional, que tornam difícil o controlo da vida psíquica e a conduta¹. A turbulência emocional e a dificuldade em estabelecer relações interpessoais harmoniosas geram uma dor intensa no doente². Neste contexto, os pacientes podem iniciar o consumo de substâncias tóxicas, dedicar-se à prostituição, frequentar ambientes marginais ou envolver-se em delitos, apresentar reações de raiva intensa e condutas agressivas por descontrolo, o que gera dificuldades graves nas relações interpessoais. Cada explosão de raiva pode ser seguida de arrependimento e súplicas de ajuda quando não por ameaças de suicídio por temer o abandono¹. A impulsividade é característica do doente Borderline³. Os sujeitos com esta Perturbação são um tratado vivencial de Psiquiatria e não recebem o diagnóstico correcto até que fique patente a sua anomalia estrutural, que parece depender de uma série de alterações dos processos psicobiológicos do crescimento¹. A Perturbação Borderline é considerada muitas vezes uma “Perturbação de desregulação”, nomeadamente nas áreas do comportamento, relacionamentos interpessoais, identidade, cognição e emoção, sendo esta última colocada no núcleo da Perturbação⁴. As questões ligadas a esta patologia constituem um verdadeiro problema de saúde pública⁵.

CASO CLÍNICO

O presente caso clínico foi colhido nos dias 14, 20 e 22 de Dezembro de 2016, no Centro de Recuperação de Toxicodependência e Depressão (SAM), localizado na Moita. A História foi fornecida por D.B (o próprio doente) e pela mãe.

D.B, sexo masculino, 35 anos (nasceu a 06-05-1981), caucasiano, solteiro, licenciado em Gestão Imobiliária, natural de Lisboa, actualmente desempregado e residente na Moita. Internado voluntariamente em Janeiro de 2015 devido a consumo de álcool e cocaína.

Doente sem antecedentes relevantes até aos 12 anos de idade (1993), altura em que iniciou “uma enorme ansiedade e angústia” (sic), episódicas, que associa “a ter perdido muitas das regalias que tinha” (sic). Esclarece, que isto se deveu a duas circunstâncias: ao declínio da situação económica da família, pela qual foi forçado a mudar de casa (entre outras coisas que não deseja referir) e ao nascimento do irmão mais novo. Este último provocou um “sentimento de abandono” (sic), especialmente em relação à mãe (com a qual apresentava “uma relação muito forte” (sic)). Realizou “esforços” (sic) para o evitar: “esforçava-me para ter a atenção da minha mãe” (sic). Concomitante, afirma “ter-se tornado cada vez mais impulsivo nos seus actos ao longo da adolescência” (sic), principalmente para com os amigos e a família: “agredi violentamente um rapaz que chamou um nome à minha mãe” (sic).

Aos 16 anos de idade (1997) iniciou o consumo regular de álcool e haxixe, associado a um consumo esporádico e em contexto social de ecstasy. Assistiu-se a um declínio do seu rendimento escolar: “tive a minha primeira nota negativa” (sic) e “as minhas notas desceram muito” (sic). Este facto trouxe problemas com a família, principalmente com o pai, que começou a “julga-lo e desvaloriza-lo” (sic), agredindo-o verbal e emocionalmente. Relata que o pai afirmava que “ele não prestava e que não faria nada da sua vida” (sic). Desde então que estabelece uma “relação instável” (sic) com o pai, que alterna entre períodos de “grande valorização” (sic) e “desvalorização” (sic).

Aos 17 anos comprou, num “bairro degradado” (sic), com os amigos, um carro velho que conduziu “sem carta” (sic) e de “forma imprudente” (sic). Teve um acidente no próprio dia da compra, sem outras viaturas envolvidas. Refere manter este

comportamento de imprudência na condução até à data actual (conduziu em diversas ocasiões sob o efeito de substâncias tóxicas).

Aos 18 anos estabelece uma relação heterossexual “muito intensa e tumultuosa” (sic). “Fui extremamente ciumento” (sic). Vandalizou o carro de um namorado prévio da rapariga com quem estava, num acto de “raiva incontrolável” (sic). “As discussões eram constantes” (sic), permanecia “sempre desconfiado, inseguro e triste” (sic) e sentia “um grande vazio interno” (sic) que ainda mantém hoje em dia. Os hábitos tóxicos agravaram devido a uma procura constante de “fuga da realidade” (sic). “Não conseguia enfrentar a minha vida” (sic). Aos 20 anos termina a relação com a namorada. Atribui o fim do namoro a “ela não gostar dele por causa do seu nariz, com que gozava constantemente” (sic). Submeteu-se em seguida a uma operação estética para alterar a forma do nariz. Refere não ter ficado satisfeito com o resultado. Associa a insatisfação a “uma dor permanente, leve, no nariz, que o acompanha e incomoda até à actualidade” (sic).

Aos 20 anos iniciou o consumo de cocaína. Manteve os consumos prévios, ainda com maior intensidade. Responsabiliza “uma tristeza profunda que sentia” (sic). “Chegava a casa todos os dias drogado” (sic). Por esta altura refere que “as pessoas começaram a persegui-lo” (sic) e que “a PJ e a CIA estavam atrás dele porque ele traficava droga” (sic). Achava que “tinha escutas no quarto e na casa de banho” (sic), “procurando-as todas os dias” (sic). “Dormia de cabeça tapada para não me conseguirem ver” (sic), “tinha medo de ser observado” (sic). Deixou de ver televisão porque julgava que “os locutores estavam a falar para ele” (sic). A par disto afirma ter começado a “ouvir vozes” (sic) que o acusavam do seguinte: “ser incompetente, que nunca faria nada na vida e que não prestava” (sic). As vozes, falavam diretamente para o doente, na 2ª pessoa e não falavam entre elas. Pelo presente quadro foi levado pela família a um Psiquiatra. Não refere diagnóstico, nem especifica que medicação foi prescrita. Admite incumprimento total da terapêutica. A sintomatologia (psicótica) ter-se-á prolongado por um curto espaço de tempo (não especifica), mas “desapareceu” (sic), apesar do incumprimento terapêutico. D.B apresenta “insight” sobre as alucinações.

Com 21 anos, iniciou uma fase de grande promiscuidade e de gastos exagerados, procurando regularmente prostitutas e endividando-se quando não tinha dinheiro para lhes pagar ou para consumir substâncias tóxicas.

Apesar de todo o quadro já descrito concluiu a Licenciatura em Gestão Imobiliária aos 25 anos. Recusou sempre procurar mais ajuda Psiquiátrica.

Aos 25 anos de idade, iniciou uma nova relação heterossexual, descrita como muito “instável e complicada” (sic). Desconfiava permanentemente que a namorada lhe era “infidel” (sic), tornando-se agressivo, principalmente após o consumo de álcool e cocaína. “Transformava-se numa pessoa completamente diferente, num monstro” (sic). No entanto, ao mesmo tempo, mantinha um grande carinho pela namorada e necessidade de a proteger. A relação é terminada e reatada várias vezes até ao nascimento da filha, quando D.B apresentava 28 anos. Nesta altura, o doente consegue manter uma certa estabilidade. Manteve-se empregado durante um ano. A relação termina por volta dos 29 anos, devido ao aparecimento de uma nova mulher, com quem manteve uma relação, igualmente “muito instável” (sic), durante um ano. Durante este ano aceitou ajuda Psiquiátrica pela primeira vez e foi internado, voluntariamente, na Ala Psiquiátrica do Hospital de Castelo Branco. Foi diagnosticado com “Politoxicodependência” (sic). Refere ter sido medicado com “antidepressivo” (sic) e outra medicação que não especifica. Presentemente, idealiza voltar a ter uma relação com a mãe da filha, com a qual “sonha em constituir família” (sic). Manteve sempre o consumo de substâncias tóxicas (álcool e cocaína).

Aos 31 anos refere que “era culpado por tudo o que acontecia à sua volta” (sic) e “que estavam a persegui-lo” (sic). No contexto de “tristeza profunda” (sic) porque “não via saída para a sua vida e não tinha ninguém” (sic), tentou suicidar-se através da “ingestão de comprimidos” (sic). Foi socorrido pelo INEM no local (em casa) e foi transportado para o Hospital de Santa Maria, onde esteve internado durante três semanas, no Serviço de Psiquiatria. É diagnosticado provisoriamente com “Esquizofrenia/Depressão Psicótica” (sic). “Não se chegou a um diagnóstico definitivo” (sic). Não especifica a medicação realizada, mas refere a remissão parcial da sintomatologia (desaparecimento da sintomatologia psicótica).

Após este episódio continuou com o consumo de substâncias tóxicas, mantendo uma relação “complicada e instável” (sic), com a família, com períodos de grande agressividade, especialmente após os consumos. Aos 33 anos é expulso de casa, motivo

que o levou a pedir voluntariamente apoio através do internamento voluntário no Centro SAM, onde permanece actualmente.

Dos 33 aos 35 anos, durante a estadia no SAM, não voltou a consumir cocaína. Admite manter o consumo esporádico de álcool. Em 2015, num fim-de-semana que passava com a família, após o consumo de álcool, roubou um carro e conduziu de “forma impudente” (sic), até ter sido interceptado pela polícia. Este caso motivou a abertura de um processo judicial. Já em 2016, de Janeiro a Abril, escreveu um livro que publicou em Junho, apresentou após este período, durante dois meses, um quadro de aumento da auto-estima, distractibilidade, aumento da actividade social e diminuição da necessidade de dormir. A sintomatologia não estava presente todos os dias. Não especifica se o quadro, nos dias em que existia, estava ou não presente durante a maior parte do dia.

Em Outubro de 2016 é internado compulsivamente durante 4 dias no Hospital Júlio de Matos, após um episódio de automutilação do membro superior esquerdo e agressividade mal controlada dirigida às pessoas que o socorreram. Foi diagnosticado com Perturbação Borderline. Nos últimos dois meses aparenta maior estabilidade do quadro clínico, sem consumos. Actualmente a relação que estabelece com a família é de maior estabilidade.

O doente refere que, ao longo de toda a sua vida adulta, exercer qualquer profissão é um factor de “grande destabilização e stress” (sic) para si mesmo, motivando o consumo de “drogas” (sic). No presente momento, está medicado com Carbonato de Lítio, Ácido Valpróico e Clozapina.

No que é relativo à história biográfica do doente, foram apuradas as seguintes informações: nasceu após uma gravidez vigiada; com 3.300 Kg; num parto distócico (Fórceps), com complicações (“duas circulares à volta do pescoço com o cordão umbilical” (sic)). Tem boas recordações da família e dos amigos. Fala da sua infância como uma altura de felicidade, na qual estabeleceu uma boa relação com os pais. Nega problemas com a alimentação, terrores nocturnos, enurese, encoprese, sonambulismo, hiperactividade, bruxismo, gaguez e ambivalência. Iniciou o primeiro ano com 6 anos. Refere que era feliz e que manteve boas relações com os amigos e com os professores. Por esta altura refere terrores nocturnos que duraram cerca de um mês. Realizou um EEG que não revelou alterações.

O doente apresentou grande dificuldade de adaptação à adolescência, que associa aos factos já enumerados anteriormente. Afirmar ter sido extrovertido. Teve facilidade em ter amigos. Saía muitas vezes com os seus pares. Refere várias relações heterossexuais na adolescência. Iniciou a vida sexual por esta altura. Nega ter tido Educação Sexual. Em relação ao rendimento escolar afirma ter tido “excelentes notas” (sic), até ao décimo ano, altura em que teve a primeira negativa. “As minhas notas desceram a pique, mas apesar disso, terminei o 12º ano sem perder nenhum ano” (sic). Seguiu para a Faculdade (Instituto Superior Técnico). Matriculou-se no curso de Engenharia informática, com 19 anos, que abandonou ao fim de 1 ano. No ano seguinte, ingressou na Universidade Nova de Lisboa, a fim de tirar o curso de Gestão, no qual esteve dois anos “sem ir às aulas” (sic). Ocultou à família essa realidade. Ingressou finalmente no Instituto Superior de Gestão Imobiliária, no curso de Gestão Imobiliária, que concluiu, ao fim 3 anos. Refere ter consumido substâncias tóxicas durante este período (álcool, haxixe, ecstasy, cocaína). Após a licenciatura nunca se adaptou a nenhum trabalho. Permaneceu desempregado a grande maioria da sua vida adulta. Actualmente sem emprego.

D.B apresenta como antecedentes familiares relevantes a avó materna, com “Perturbação Paranoide da Personalidade/Depressão Psicótica” (sic).

Durante as entrevistas: doente vígil, com consciência clara e mantida (sem alterações), apresentação geral cuidada, de idade aparente superior relativamente à idade real. Higiene mantida. Vestuário adequado. Entra na sala estabelecendo contacto visual e verbal. A expressão facial é normal durante as entrevistas. Mímica expressiva. A sua marcha é normal. Voz normofonética. Demonstrou uma atitude colaborante. Contacto adequado, cordial e sintónico. Mantem o contacto visual, quando lhe é feita uma pergunta. Paciente orientado no tempo e no espaço, auto e alo-psiquicamente. Atenção mantida (normoprosexia) com capacidade de concentração conservada. Memória para acontecimentos remotos, recentes e imediatos mantidos. Relato coerente de acontecimentos e vivências na infância, adolescência e vida adulta. Sem alterações ao nível da apreensão, retenção, evocação, reconhecimento. Ao nível da Percepção nega alterações da percepção no momento das entrevistas, tais como distorções ou falsas percepções, não se constatando durante a mesma comportamentos sugestivos de perturbações da percepção, nomeadamente alucinações. Nega alterações do pensamento

durante as entrevistas, nomeadamente delírios persecutórios ou outros. Discurso espontâneo, organizado e coerente. Não se observa diminuição quantitativa da linguagem, aprosodia ou pobreza no discurso. Inteligência grosseiramente sem alterações, não foi realizada avaliação formal. Humor Eutímico. Reactividade emocional acentuada, nomeadamente relativamente à figura paterna. Sem alterações na Vontade e na Vivência do “Eu”, nomeadamente difusão, roubo ou influenciamento. Queixa-se de Insónia inicial. Apresenta “Insight” Parcial da doença. Afirma que tem noção que está doente, mas não compreende ao certo a doença.

Não foi realizado exame físico. Exame Neurológico sem alterações. Não foi possível obter acesso a Exames Complementares de diagnóstico. Nega ter realizado exames imagiológicos crânio-encefálicos como, RX, TC e RM.

Em suma: D.B, 35 anos, residente na Moita (Centro SAM). Pela análise da história destaco a presente sintomatologia: realização de esforços para evitar abandono (real ou imaginado); padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensas; impulsividade em áreas que são potencialmente auto-lesivas; nomeadamente gastos desmedidos; sexo; abuso de substâncias (actualmente abstinente de cocaína há dois anos) e condução ousada; tentativa de suicídio e comportamento auto-mutilante; instabilidade afectiva devida a uma acentuada reactividade ao humor; sentimento crónico de vazio, raiva intensa e inapropriada e de difícil controlo. O doente inicia sintomas psicóticos por volta dos 20 anos com uma duração limitada no tempo. Refere sintomas positivos como ideias delirantes do tipo persecutório e alucinações acústico-verbais agressivas, dirigidas ao doente (2ª pessoa). Mantém insight sobre as alucinações. Aos 31 anos, inicia delírios persecutórios e delírios de culpa. Em 2016 apresenta sintomatologia potencialmente concordante com episódio hipomaníaco: quadro de aumento da auto-estima, distractibilidade, aumento da actividade social e diminuição da necessidade de dormir.

Após análise de todos os dados recolhidos, destaco como principal hipótese diagnóstica a Perturbação Borderline da Personalidade. Como eventuais diagnósticos diferenciais: Esquizofrenia e Doença Bipolar tipo II.

DISCUSSÃO

REVISÃO TEÓRICA

A Perturbação Borderline, é a mais frequente Perturbação da Personalidade encontrada na população clínica. Trata-se de uma perturbação mental de grande complexidade e gravidade, afectando de 2% a 4% da população, sendo o diagnóstico predominantemente feito, em cerca de 75% dos casos, em pacientes do sexo feminino⁵. Quando diagnosticada em doentes do sexo masculino, a manifestação dos sintomas tende a ser distinta, apresenta mais frequentemente sintomas relacionados com o abuso de substâncias tóxicas e critérios para diagnóstico de Perturbação Anti-Social da Personalidade⁶. Os doentes com Perturbação Borderline são sobreutilizadores de recursos. Apresentam história habitual de recurso aos serviços de urgência por tentativa de suicídio ou comportamento parassuicidário. Os doentes apresentam um padrão global de instabilidade no relacionamento interpessoal, na auto-imagem, nos afectos, e impulsividade marcada com começo mais frequente no início da idade adulta^{5,7-9}. Apresentam igualmente défices marcados no que toca ao funcionamento psicossocial: na sua maioria são separados/divorciados ou nunca se casaram; história de mudanças frequentes no trabalho; maior incidência de desemprego⁵.

Para melhor entender esta Perturbação da Personalidade considero relevante realizar, em primeiro lugar, um breve levantamento histórico acerca deste conceito.

As origens do termo Borderline remontam a 1884, quando Hughes descreve doentes que considerou como “limites loucos”¹⁰. No entanto terá sido Adolf Stern em 1938 o primeiro a utilizar o termo^{11,12}. Entre 1930 e 1940 os doentes com Perturbação Borderline eram conceptualizados como fragilizados no *Insight* para a realização de tratamento psicanalítico. No entanto, não eram considerados tão desorganizados para serem diagnosticados com Esquizofrenia. Em 1953, Knight caracteriza esta Perturbação como uma disfuncionalidade do Ego, descrevendo-a como uma síndrome confusa, sem critérios para outros diagnósticos⁶.

Na década de 60, Grinker realizou uma investigação empírica, onde apresentava, quatro subgrupos de pacientes: “Borderline tipo I”, onde se encontram os doentes com perturbação da identidade, comportamento inapropriado, negativo e sentimentos de raiva; “Borderline tipo II”, onde surgiam pacientes com predomínio da negatividade (nos afectos), instabilidade nos relacionamentos e perturbação ao nível da identidade, “Borderline tipo III” que apresentava doentes com perturbação da identidade de tal forma que tomavam a identidade de outras pessoas, e sem empatia e “Borderline tipo IV”, com sujeitos com depressão anaclítica, características do foro narcísico e neurótico e ansiedade. Grinker, numa tentativa de exclusão de subgrupos, descreveu quatro características comuns a todos: raiva como afecto único ou preponderante, fragilidade nos relacionamentos interpessoais, depressão e perturbação da identidade. Através deste estudo conclui-se que os pacientes com Perturbação Borderline não apresentam deterioração, mas sim uma cronicidade da sua instabilidade. Diferenciou-se, desta forma, a Perturbação Borderline da Esquizofrenia⁶.

Na década de 90, Gunderson e colaboradores realizaram um estudo, onde concluíram, que os pacientes com Perturbação Borderline apresentam instabilidade relacional, perturbação da identidade, ansiedade ambígua nos relacionamentos (com medo de abandono e de se distanciarem da identidade construída por factores externos) e comportamento suicidário ou parassuicidário⁶.

Actualmente, os critérios de diagnóstico para Perturbação Borderline estão descritos no Manual de Diagnóstico e Estatístico de Distúrbios Mentais (DSM-V, na sigla inglesa), que já permite o diagnóstico desta patologia em doentes menores de 18 anos, desde que a sintomatologia persista pelo menos durante 1 ano e não seja passível de corresponder a outra Perturbação Psiquiátrica¹³. Segundo o DSM-V para que um paciente seja diagnosticado com Perturbação Borderline da Personalidade deve apresentar pelo menos 5 dos seguintes critérios:

- Esforços desesperados para evitar abandono real ou imaginado (não incluir comportamento suicida ou auto-mutilante – ver critério 5);
- Padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensas, caracterizadas pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização;

- Perturbação da identidade: instabilidade acentuada e persistente da auto-imagem ou do sentimento de si mesmo;
- Impulsividade em, pelo menos, duas áreas que são potencialmente auto-lesivas (gastos, sexo, abuso de substâncias, condução ousada, compulsão alimentar);
- Comportamento, gestos ou ameaças recorrentes de suicídio ou de comportamento auto-mutilante;
- Instabilidade afetiva devida a uma acentuada reactividade do humor (disforia episódica, irritabilidade ou ansiedade intensa com duração geralmente de poucas horas e raramente de mais do que alguns dias);
- Sentimento crónico de vazio;
- Raiva intensa e inapropriada ou dificuldade em controlá-la (episódios de perda de calma, raiva constante, brigas recorrentes),
- Ideação paranoide transitória associada ao stress ou sintomas dissociativos graves

14.

Podemos então fazer uma divisão entre sintomas afectivos (instabilidade afectiva devida a uma acentuada reactividade do humor; raiva intensa e inapropriada ou dificuldade em controlá-la; sentimento crónico de vazio), sintomas de impulsividade (impulsividade em, pelo menos, duas áreas que são potencialmente auto-lesivas; tentativas de suicídio e comportamento auto-mutilante; padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensas), sintomas interpessoais (esforços desesperados para evitar abandono real ou imaginado; perturbação da identidade) e sintomas cognitivos (ideação paranoide transitória associada ao stress ou sintomas dissociativos graves).¹⁵

Os sintomas impulsivos são dos mais reconhecíveis para os profissionais de saúde. Entre 60% a 78% dos doentes apresentam comportamento suicidário (cerca de 10% consumam o suicídio) e mais de 90% comportamento auto-lesivo. Assim sendo, a recorrência do doente nos serviços de urgência por estes comportamentos é sugestivo de diagnóstico¹¹. É de salientar também que pacientes com Perturbação Borderline são particularmente susceptíveis ao abuso de substâncias, pelo que a co-ocorrência de Perturbação Borderline e abuso de substâncias é frequente^{15,16}. A relação entre Perturbação Borderline e abuso de substâncias está associada a um maior risco de suicídio consumado¹¹.

Existem 256 possíveis combinações de sintomas que definem a Perturbação Borderline, tornando-se desafiante para o médico diagnosticar correctamente. Mais ainda, o diagnóstico poderá estar comprometido devido à sua similaridade com outras perturbações¹¹. A Instabilidade afectiva originária da acentuada reactividade ao humor dá origem a flutuações que se confundem com Doença Bipolar. Existem, no entanto, diferenças claras: as flutuações de humor são de mais curta duração; a "labilidade" afectiva é constante ao longo da vida, não se exprimindo por episódios; os sintomas vão melhorando ao longo da vida; a reactividade do humor é despoletada por elementos externos, existindo uma particular sensibilidade para com a rejeição, o insucesso e o abandono¹¹. Os sintomas cognitivos estão presentes em cerca de 40 a 50% dos pacientes, sendo os mais típicos alucinações auditivas e ideacção paranoide¹¹. Assim sendo, a Perturbação Borderline pode ser confundida com Esquizofrenia¹⁵. Distinguem-se da seguinte forma: doentes com Perturbação Borderline experienciam sintomas de mais curta duração (de horas a poucos dias) definidos como "micropsicóticos", apresentam "insight" para com as alucinações¹⁵ e os sintomas estão muitas vezes relacionados com eventos de stress¹¹. Se o diagnóstico não for feito, o doente poderá ser diagnosticado múltiplas vezes com diferentes perturbações, sem que em nenhuma das situações o tratamento se mostre eficaz¹¹. Assim sendo, para um correcto diagnóstico, é essencial a colheita de uma boa História Clínica, de tal forma que se consiga avaliar a personalidade do doente e verificar se a instabilidade afectiva, a impulsividade e a instabilidade nos relacionamentos, é consistente ao longo do tempo¹⁵. Não existem exames laboratoriais ou de imagem que possam auxiliar no diagnóstico¹¹. Por todas as razões já abordadas, uma grande porção de pacientes não é diagnosticado¹¹ e não é tratado¹⁷.

O desenvolvimento desta perturbação não depende apenas de uma causa ou factor, mas sim de um conjunto de factores que desenvolvem uma inter-relação complexa entre si¹⁵. Gabbard destacou como factores de risco, a negligência no período da infância (doentes apresentam conflitos com a figura maternal; conflitos ou ausência dos progenitores) e o abuso, físico ou sexual, durante a infância⁶. As perdas durante a infância e o ambiente familiar caótico são igualmente factores de risco a ter em consideração¹⁸. Destacam-se ainda factores biológicos e sociais. Os factores biológicos consistem em características temperamentais, que se apresentam na vida adulta como traços estáveis da personalidade:

padrões de pensamento, afecto e comportamento que caracterizam o indivíduo e são estáveis ao longo do tempo¹⁵. Existem, no entanto, poucos estudos que explorem possíveis causas biológicas¹⁹. Quanto a factores sociais, os salários mais baixos, o estado civil (solteiro, divorciado ou viúvo), a idade mais jovem e os baixos níveis de escolaridade, parecem estar associados a um risco aumentado de ocorrência de Perturbação Borderline^{20,21}.

Estudos realizados sugerem que crianças entre os 7 e 12 anos de idade, que preencham critérios para diagnóstico de Perturbação Borderline, apresentam uma maior probabilidade de ter sofrido de abuso ou negligência. Avaliados 5 anos depois, por volta dos 15 anos, apenas uma pequena porção mantinha a sintomatologia, apesar de muitos experienciarem uma maior dificuldade de adaptação à adolescência. Durante a adolescência existe cada vez maior evidência, de que se pode diagnosticar de forma fiável e válida a Perturbação Borderline^{12,13,22,23}. O curso da doença, tende a ser, semelhante ao que se verifica na população adulta. Os estudos que procuraram identificar factores de risco na Adolescência, para o desenvolvimento de Perturbação Borderline, chegaram à conclusão de que, conflitos com a figura materna, a mãe diagnosticada com Perturbação Borderline, o abuso de substâncias por parte do pai e a tendência suicida do próprio poderiam ajudar a prever o desenvolvimento da doença¹³. É de salientar que uma intervenção terapêutica precoce (nomeadamente psicoterapia), ainda na adolescência, favorece o prognóstico do doente²².

A Perturbação Borderline, na adolescência apresenta um impacto tremendo na família, nomeadamente ao nível da degradação da sua saúde emocional. Um grande número de progenitores, refere igualmente problemas físicos de saúde e dificuldades no matrimónio²². É essencial que, caso haja diagnóstico precoce e possibilidade de terapêutica do adolescente, a família seja envolvida na mesma. A família deve ser informada acerca da Perturbação: sintomas, etiologia (dentro do conhecimento actual) e tratamentos recomendados²². É essencial a criação de uma relação de confiança entre o médico, o adolescente e a família. Os progenitores necessitam de compreender que a sua própria raiva, ansiedade ou sentimentos de culpa são naturais e podem ser controlados de tal forma a impedir uma exacerbação do estado clínico do seu filho/a. Devem igualmente ser ensinados a comunicar, adequadamente, com o adolescente e a participar activamente na Terapêutica²².

O desenvolvimento e curso da doença na vida adulta tem sido alvo de estudo nas últimas duas décadas, sendo os estudos mais importantes os seguintes: “McLean Study of Adult Development” e “Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study”. Ambos os estudos concluíram, que a maioria dos pacientes com Perturbação Borderline, melhora com o tempo. Os sintomas, que tendem a remitir, mais rapidamente são os relacionados com a impulsividade e o comportamento¹³. Aproximadamente 75% recuperam entre os 35 e os 40 anos de idade e 90%, recuperará até aos 50 anos. O mecanismo de recuperação não é ainda compreendido, no entanto a impulsividade tende a decrescer ao longo dos anos, estabilizando os doentes¹⁵. No que toca a factores, que influenciam o prognóstico, o abuso de substâncias é visto como um factor de mau prognóstico^{6,20}.

Aproximadamente 78% dos adultos com Perturbação Borderline, desenvolve uma Perturbação Relacionada com Substâncias, ou experienciam uma ou mais adicções. Estes doentes procuram o consumo de substâncias de forma a atenuar emoções pesadamente negativas e substituí-las por um humor mais favorável. Por outro lado poderão sentir-se na obrigação de consumir alguma substância, devido ao ambiente social onde se inserem (pressão de grupo por exemplo). Estes doentes apresentam ainda maiores níveis de impulsividade e são clinicamente mais instáveis: maior tendência suicida e maior taxa de abandono da Terapêutica²⁰. Tornam-se também ainda mais susceptíveis à ocorrência de sintomas psicóticos, desencadeando episódios de psicose com alguma facilidade²⁴. É de salientar que a taxa de remissão da doença em doentes sem abuso de substâncias, é quatro vezes superior no período de seis anos. Por estas razões, pacientes com Perturbação Borderline, que abusam de uma ou mais substâncias requerem uma atenção especial, no que toca à Terapêutica, sendo benéfico iniciar o tratamento o mais cedo possível²⁰. Realça-se aqui, ainda mais, a importância de um correcto e precoce diagnóstico no prognóstico dos doentes.

Em relação ao tratamento, a Perturbação Borderline, é vista como um desafio terapêutico. O principal obstáculo é gerir a tendência suicida do doente¹⁵. O tratamento mais eficaz é a Psicoterapia¹⁵, pelo que os doentes deverão iniciá-la o mais precocemente possível^{13,25}. Salienta-se que uma relação mais próxima e de confiança entre o médico e doente, permitirá frequentemente uma maior redução sintomática. Pacientes com

sintomas iniciais mais severos, poderão igualmente atingir uma forte redução sintomática, o que desacredita o mito de que o doente mais grave não beneficia de Psicoterapia²⁶. A terapêutica farmacológica, permanece limitada, no que toca ao número de opções, bem como quanto à eficácia, permitindo um alívio dos sintomas, mas não a remissão da doença. Inclui Neurolépticos, Inibidores da Recaptação de Serotonina, Estabilizadores de Humor, Benzodiazepinas. Os antidepressivos são muito menos eficazes em doentes com Perturbação da Personalidade, relativamente a doentes com outras patologias, nomeadamente Depressão Major. As Benzodiazepinas são pouco eficazes e acarretam perigo de abuso por parte do doente¹⁵.

DISCUSSÃO DIAGNÓSTICA

Pela análise da História Clínica verificou-se que o doente preenche pelo menos 7 critérios para o diagnóstico de Perturbação Borderline (são necessários pelo menos 5):

1 - Esforços desesperados para evitar abandono real ou imaginado: O doente percepciona que a mãe o abandona na adolescência, devido ao nascimento do irmão mais novo, o que o levou a realizar esforços para o evitar durante este período da sua vida.

2 - Padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensas, caracterizadas pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização: atente-se na relação que D.B estabelece com o pai, que varia entre a desvalorização e idealização. Repare-se também na enorme intensidade e instabilidade das suas relações amorosas.

3 - Impulsividade em, pelo menos, duas áreas que são potencialmente auto-lesivas, nomeadamente gastos desmedidos, sexo, abuso de substâncias e condução ousada: o paciente afirma que a sua impulsividade tem origem na adolescência e se arrastou ao longo da vida. É visível no que toca ao consumo de substâncias com início aos 16 anos, nas múltiplas vezes em que conduziu de forma imprudente e/ou sob a influência de substâncias, nos gastos desmedidos e na procura de prostitutas para sexo durante a vida adulta.

4 - Tentativas de suicídio e comportamento auto-mutilante: D.B relatou um episódio de tentativa de suicídio através da ingestão de comprimidos aos 31 anos, que motivou um internamento de 3 semanas no Serviço de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria. Já aos

35 anos ocorre um episódio de automutilação do membro superior esquerdo que conduziu a um novo internamento de 4 dias no Hospital Júlio de Matos.

5 - Instabilidade afectiva devida a uma acentuada reactividade ao humor: factores externos influenciavam dramaticamente a estabilidade afectiva do doente, com períodos de grande irritabilidade, por vezes ansiedade e também períodos de tristeza e angústia, com duração de horas a dias.

6 - Sentimento crónico de vazio: desde a adolescência que reporta este sentimento, que se prolonga até aos dias de hoje.

7 - Raiva intensa e inapropriada e de difícil controlo: Este sintoma está igualmente presente ao longo da vida de D.B. Repare-se quando aos 18 anos descreve uma raiva incontrolável que o levou a vandalizar um carro, ou nos efeitos do consumo de substâncias: a raiva e agressividade que despoletavam.

Como é também visível na História Clínica, o doente refere sintomas psicóticos, nomeadamente delírios persecutórios, delírios de culpa e alucinações auditivas. A primeira vez que experienciou este tipo de sintomas, é concordante com o início do consumo de cocaína. Não perdeu o insight para com as alucinações. Como já se explicou, os doentes com Perturbação Borderline são particularmente susceptíveis ao consumo de substâncias tóxicas^{15,16}. Ao consumirem estas substâncias desencadeiam episódios psicóticos mais facilmente, apresentando "insight" para com as alucinações, caso ocorram¹⁵. A história de múltiplos internamentos por tentativa de suicídio ou comportamento auto-mutilante, é também compatível com o diagnóstico de Perturbação Borderline.

CONCLUSÃO

A partir dos dados apurados na História Clínica do doente e Revisão Teórica realizada, concluo que o diagnóstico de D.B é Perturbação Borderline da Personalidade.

O doente refere uma melhoria significativa do seu estado clínico, durante a sua estadia no Centro SAM. A doença está parcialmente controlada. Mantém sentimento crónico de vazio, instabilidade afectiva com irritabilidade ou ansiedade com a duração de algumas horas, impulsividade, agressividade episódica, principalmente quando confrontado. Nega manutenção de consumos de substâncias tóxicas. Nega sintomatologia Psicótica.

O Prognóstico da doença é reservado: existe, actualmente, uma estabilidade clínica da Perturbação de base (Borderline). A tendência para o consumo de substâncias é o factor de mau prognóstico mais relevante a ter em conta, visto que parece estar na origem de praticamente todos os agravamentos clínicos. A este factor de mau prognóstico somam-se os seguintes: início precoce da doença, relações afectivas instáveis (actualmente solteiro), potencial manutenção de comportamentos auto-lesivos, risco de auto-mutilação/suicídio, início tardio da Terapêutica. Como factores de bom prognóstico destaco os seguintes: a evidência que existe de melhoria da Perturbação Borderline com o tempo, o apoio familiar forte, boa relação com a filha, "insight" parcial da doença, percepção de que o consumo de substâncias agrava significativamente a sua situação clínica. O doente apresenta alguns factores de mau prognóstico relevantes, pelo que considero que deve continuar a ser acompanhado regularmente devido ao risco de descontrolo da doença.

Em conclusão, partilho da opinião de que a “Perturbação Borderline está para a Psiquiatria como a Psiquiatria está para a Medicina”, sendo essencial expandir o conhecimento acerca desta Perturbação Psiquiátrica junto dos doentes, das suas famílias, dos profissionais de saúde e da população em geral, através da promoção de eventos educativos e estudos que permitam concluir como diagnosticar a doença de uma forma o mais precoce possível e como tratá-la mais eficazmente¹⁷. Tal certamente contribuirá para a redução do Estigma que existe em torno dos doentes.

Referências Bibliográficas

1. Vallejo Ruiloba, J. Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. 6^a Edição. Masson. 2006.
2. Holm, A.L., Severinsson, E. The Emotional Pain and Distress of Borderline Personality Disorder: A Review of the Literature. *Int J Ment Health Nurs*. 2008; 17(1):27-35.
3. Sebastian, A, Jacob, G, Lieb, K, Tüscher, O. Impulsivity in Borderline Personality Disorder: A Matter of Disturbed Impulse Control or a Facet of Emotional Dysregulation? *Curr Psychiatry Rep*. 2013;15(2).
4. Carpenter, R.W. , Trull, T.J. Components of Emotion Dysregulation in Borderline Personality Disorder: A Review. *Curr Psychiatry Rep*. 2014; 15(1):1-13.
5. Godinho, P. Perturbações da Personalidade. In Figueira, M.L., Sampaio, D. , Afonso, P. *Manual de Psiquiatria Clínica*. Lisboa: Lidel; 2014. Cap. 12: 205:06.
6. Gabbard, G.O. *Psiquiatria Psicodinâmica: Baseado no DSM-IV*. 2^a Edição. Porto Alegre: Artmed; 1998.
7. Ekdahl, S., Idvall, E., Samuelsson, M., Perseus, K.I. A Life Tiptoeing: Being a Significant Other to Persons With Borderline Personality Disorder. *Arch Psychiatr Nurs*. 2011;25(6):e69-e76.
8. Chanen, A.M, Kaess, M. Developmental Pathways to Borderline Personality Disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 2012; 14(1):45-53.
9. Bornovalova, M.A, Matusiewicz, A, Rojas, E. Distress Tolerance Moderates the Relationship Between Negative Affect Intensity With Borderline Personality Disorder Levels. *Compr Psychiatry*. 2011;52(6):744-753.
10. Bergeret, J., Reid, W. Narcisismo e Estados-Limite (Tradução Portuguesa). Lisboa: Escher; 1991.

11. Biskin, R.S, Paris, J. Diagnosing Borderline Personality Disorder. *CMAJ*. 2012; 184(16):1789-1794.
12. Kaess, M., Brunner, R., Chanen, A. Borderline Personality Disorder in Adolescence. *Pediatrics*. 2014; 134(4):782-793.
13. Biskin, R.S. The Lifetime Course of Borderline Personality Disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2015; 60(77):303-308.
14. American Psychiatric Association. DSM V: Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais. 5^a Edição. Lisboa:Climepsi. 2013.
15. Paris, J. Borderline Personality Disorder. *CMAJ*. 2005; 172(12):1579-1583.
16. Trull, T.J., Sher, K.J., Minks-Brown, C., Durbin. J., Burr, R. Borderline Personality Disorder and Substance Use Disorders: a Review and Integration. *Clin Psychol Rev*. 2000; 20(2):235-253.
17. Gunderson, J.G. Borderline Personality Disorder: Ontogeny of a Diagnosis - Gunderson 166 (5): 530 - *Am J Psychiatry*. 2009; 166(5):530-539.
18. Lisboa, C. Borderline Personality Disorder , suicide attempts and cognitive performance. 2015
19. Lis, E. , Greenfield, B. , Henry, M, Guilé, J.M. Dougherty G. Neuroimaging and Genetics of Borderline Personality Disorder: A Review. *J Psychiatry Neurosci*. 2007; 32(3):162-173.
20. Kienast, T. , Stoffers, J. , Birmphohl, F. , Lieb, K. Borderline Personality Disorder and Comorbid Addiction. *Dtsch Arztebl Int*. 2014; 111(16):280-286.
21. Dell Osso, B., Berlin H.A., Serati M., Altamura, A.C. Neuropsychobiological Aspects, Comorbidity Patterns and Dimensional Models in Borderline Personality Disorder. *Neuropsychobiology*. 2010; 61(4):169-179.
22. Larivée, M.P. Borderline Personality Disorder in Adolescents: The He-Who-Must-Not-Be-Named of Psychiatry. *Dialogues Clin Neurosci*. 2013; 15(2):171-179.

23. Winsper, C., Lereya, S.T., Marwaha, S., Thompson, A., Eyden, J., Singh, S.P. The Aetiological and Psychopathological Validity of Borderline Personality Disorder in Youth: A systematic Review and Meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2016; 44:13-24.
24. Ribé, J.M, Martí Tusquets, J.L, *Psiquiatria Forense*. 2^a Edição. Barcelona: ESPAXS. 2002
25. Fonagy, P., Speranza, M., Luyten, P., Kaess, M., Hessels, C., Bohus, M. ESCAP Expert Article: Borderline Personality Disorder in Adolescence: An Expert Research Review With Implications for Clinical Practice. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2015; 24(11):1307-1320.
26. Barnicot, K., Katsakou, C., Bhatti, N., Savill, M., Fearn, N., Priebe, S. Factors Predicting the Outcome of Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: a Systematic Review. *Clinical Psychology Review.* 2012; 32(5): 400-412.